

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

יחדוש רשיון הנהיגה של מותנה בבצוע ביקורת רפואית, שתכלי מבדק כושר ראיית (אצל רופא עיניים מומחה או אצל אופטומטריסט מורשה) ומבדק רפואי כללי. מידע נוסף בגב הטופס. את הטופס המלא - עם בדיקת הראייה, בדיקת הרופא, תשובות הבדיקות והחתימה - נא לשלוח לאגף הרישוי ת"ד 270, חולון 58102.

סמך/ X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה.

תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראייה

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות				שדה ראייה 120° לפחות		ראייה דו-עימית וכפל ראייה מס' עצמים ממוחה		זיהוי את עיני דמות ממוחה או אופטומטרסט מורשה
	כ"ו	ל"א	כ"ו	ל"א	כ"ו	ל"א	כ"ו	ל"א	
ימין	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שמאל	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יחד	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

זיהוי את עיני דמות ממוחה או אופטומטרסט מורשה
 חותמת רופא העין
 חותמת רופא העין
 תאריך: 24/10/19

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישון להניח יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותו להנייח. הבדיקה תיערך ע"י רופא של המבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקש לבדוק את מבקש הרישון שפרטיו מצויינים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

בדיקות לבעל רשיון נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (A1,A2,B) /טרקטור.

ל"א	כ"ן	ג.
		ממצאים רפואיים/שאלון רפואי יכולת ע"י הרופא לאחר בדיקה פיזיקלית ועיון בכרטיס הרפואי
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם ידוע לך על מחלה נוירולוגית?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי? ומה הסיבה?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה התקף אחרון? - האם מטופל/ת תרופות? פרט תרופות בדף נפרד. האם מאוזן?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עבר/ה אירוע מוחי? מתי? פרט מצב קיים.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות והפרעות בקואורדינציה? האם יש קשיין פרק או קטיעת גפה? פרט:
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם סובל/ת מסוכרת? אם כן, מה הטיפול שמקבל/ת? האם היו ארועים של היפוגליקמיה? מתי? האם מאוזן?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם התרשמת שיש הפרעות במהירות תגובה, זיכרון, התמצאות בזמן ובמקום?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם ידוע לך על שימוש כרוני בסמים או אלכוהול שלא לצורך רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם סובל/ת ממחלה כל: פרט תרופות בדף נפרד. האם סובל/ת מהפרעות קצב? האם מאוזן?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם לדעתך יש הצדקה לשלוח את הנחקר לבדיקה במכון הרפואי לבטיחות בדרכים?
		11. הערות.

אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובתי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צמיה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שערכתי בטופס זה. אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם רשות הרישוי, ידיעות מלאות וכוונות על מחלותי וליקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בואת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שידרש לרופא המוסמך או לבא מחר.

אישור הרופא אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.

אני מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שנים לפחות, בקופ"ח _____

אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו, בקופ"ח _____

עיינתי בתיקו הרפואי של _____ ☒ 23/10/11

שדמיו לבדיקה.

תאריך _____ שם הרופא _____

מס' עיון התיקונים והחתימה _____

1-28322

03-636480-710

תאריך: 23/10/19
חתימת מבקש/ת הסדיקה: 31/2/12

לשימוש המשרד ☐ כשיר לנהיגה ☐ נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים ☐

חתימה וחותמת

שם הרופא

תאריך

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס, לצורך בירור.

נא לשלוח את הטופס המלא בהקדם ל- אגף הרישוי ת"ד 270 חולון 58102.

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד